

aangifteformulier

**VERZEKERING TEGEN
LICHAMELIJKE ONGEVALLen EN
BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID**


Terug te sturen naar (mailen kan ook:

info@kavvffedes.be)

KAVVV&FEDES vzw

Lieve Bauwensstraat 20, 8200 Brugge

Tel. 050 351305

[A] in te vullen door de aangever

 Dossiernummer / /

(voorbehouden aan Ethias)

1 IDENTITEIT VAN DE VERZEKERINGSNEMER (sportbond, liga, enz.)

KAVVV & FEDES vzw, afdeling West

correspondentieadres : Lieve Bauwensstraat 20, 8200 Brugge - info@kavvffedes.be / 050 351305

Polisnummer 4 5 3 7 7 6 9 3 Juiste benaming van

Tel. nr. 0 5 0 3 5 1 3 0 5

de verzekerde club : Blits78 Bierbeek vzw (federaal nummer omni05)

Beoefende activiteit

Naam en adres van de clubverantwoordelijke

Naam

Vandenhoeck

Voornaam : Hilde

Straat Goudveilstraat

nr. 7

bus

Postcode 3360

Gemeente: Lovenjoel

Ref.: Zetel vzw: Krijckellaan, 30, 3360 Bierbeek

Tel. nr. 016 46 34 94

2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER

Naam

Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Voornaam

Straat

nr.

bus

Postcode

Gemeente

Geboortedatum

☐ M

☐ V

E-mail

Beroep

Bankrekeningnummer

Rijksregisternummer

Bezigheid van het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval

☐ speler

☐ scheids- of lijnrechter

☐ toeschouwer

Andere

Indien het slachtoffer minderjarig is, naam en voornaam van de wettige vertegenwoordiger (ouder, voorgd)

Beroep

Straat

nr.

bus

Postcode

Gemeente

3 GEGEVENS VAN HET ONGEVAL

Datum

Dag

Uur

Plaats

☐

Tijdens deelname aan een activiteit van de hiervoorvermelde club

Juiste plaats

☐

Op weg naar of van de activiteit

☐ Individuele

☐ Groepsgewijze verplaatsing

Juiste plaats

Wat was het gebruikte vervoermiddel?

Een enkel formulier per ongeval is voldoende. Een begeleidend schrijven is niet noodzakelijk.

4

BESCHRIJVING VAN HET ONGEVAL (oorzaken, omstandigheden en gevolgen, opgelopen verwondingen en/of schade) SCHETS (bij te voegen indien het een verkeersongeval betreft)

5

BETROKKENHEID ANDERE PARTIJEN

- Indien bij het ongeval een derde, vreemd aan de verzekerde club, betrokken is, volledige naam en adres van deze derde

Naam

Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Voornaam

Straat

nr.

bus

Postcode

Gemeente

Verzekeringsmaatschappij van bovenvermelde derde

Polisnummer

- Is het ongeval te wijten aan een fout van een andere verzekerde?

☐ Ja ☐ Neen

Zo ja, diens naam en adres

Geboortedatum _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _

- Is het ongeval te wijten aan een gebrek aan de installaties?

☐ Ja ☐ Neen

Zo ja, nader te bepalen

- Werd er een vaststelling gedaan door een verbaliserende autoriteit?

☐ Ja ☐ Neen

Welke?

Eventueel nummer van proces-verbaal

6

GETUIGENISSEN

- Naam en adres van de getuigen van het ongeval
- Zo er geen getuige is, naam en adres van de personen die getuige waren van de toestand en de klachten van de gewonde, onmiddellijk na het ongeval
- Bij ontbreken van getuigen a) en b), wanneer en door wie heeft u kennis gekregen van het ongeval?

7

TOEZICHT

Werd er op het ogenblik van het ongeval toezicht uitgeoefend door een afgevaardigde van de organiserende sportvereniging of de verzekerde club?

☐ Ja ☐ Neen

Zo ja, naam en functie van de toezichthoudende persoon

Opgemaakt te

op

Handtekening van de clubverantwoordelijke

[B] bericht aan de slachtoffers van een lichamelijk ongeval

- 1) U werd slachtoffer van een ongeval waarvoor Ethias optreedt als verzekeraar. Na ontvangst van het aangifteformulier zal Ethias u het nummer van uw dossier meedelen.
- 2) Het verzekeringscontract voorziet in terugbetaling van de behandelingskosten met verwijzing naar het RIZIV-barema tot beloop van het eventuele overschot na tegemoetkoming van het ziekenfonds. Behoudens uitzondering komen slechts de in het ziekte- en invaliditeitsverzekeringsbarema voorziene prestaties in aanmerking voor vergoeding.
- 3) In toepassing van de wet moeten de geneesheren en ziekenhuizen aan de patiënten of aan hun ouders om betaling van de gewone verstrekkingen verzoeken en de getuigschriften voor verstrekte hulp, bestemd voor het ziekenfonds, afleveren.
- 4) Op vertoon van de stavingsstukken en van de afrekening van het ziekenfonds vergoedt Ethias haar tegemoetkoming op de door de rechthebbenden gewenste wijze (rekeningnummer).
- 5) Het slachtoffer (of de ouders) hebben vrijheid van keuze van arts of ziekenhuis ongeacht welke dokter of ziekenhuis de eerste verzorging heeft toegediend.

BELANGRIJK

Gelieve hiernavolgende rubriek in te vullen of een kleeftbriefje van uw ziekenfonds aan te brengen en de hiernavolgende verklaring aangaande de medische gegevens te ondertekenen.

Naam van de titularis

Voornaam

Verzekeringsinstelling

Inschrijvingsnummer

Opgelet: de wet van 9 augustus 1963 legt iedereen de verplichting op zich bij een ziekenfonds aan te sluiten. Zo dit voor u echter niet het geval zou zijn, gelieve hierna uw beweegredenen uiteen te zetten

Ethias verzamelt uw persoonsgegevens voor de evaluatie van het risico, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, voor het promoten van haar diensten en voor het voeren van getrouwheidsacties. Uw persoonsgegevens kunnen voor commerciële doeleinden doorgegeven worden aan de ondernemingen die deel uitmaken van de Ethias groep. U hebt het recht om uw persoonsgegevens in te kijken, om eventuele correcties te laten aanbrengen en om u gratis te verzetten tegen het gebruik ervan voor commerciële doeleinden. Verzet u zich tegen dit gebruik?

De gezondheidsgegevens zullen verwerkt worden voor de aanvaarding van de risico's onderschreven bij Ethias, het bepalen van de omvang

van de waarborgen en het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen. Deze gegevens zullen beheerd worden door de daartoe bij Ethias gemachtigde personen. U kan op ieder ogenblik uw toestemming tot het verwerken van deze gegevens door de hoger vermelde personen intrekken.

Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval kan worden gericht aan:

- Ethias – Dienst 2000 Prins-Bisschopssingel 73 3500 Hasselt
fax 011 85 61 10 klachtenbeheer@ethias.be
- Ombudsdienst Verzekeringen – de Meeûssquare 35 1000 Brussel
fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

Opgemaakt te

op

Ik machtig Ethias mijn gezondheidsgegevens (of die van mijn kind) te verwerken

Handtekening

1) Naam van de geneesheer			Voornaam
(in drukletters a.u.b.)			
Adres			
2) Naam van het slachtoffer			Voornaam
Adres			
3) Datum van het ongeval	_____		
4) Datum en uur van het eerste geneeskundig onderzoek	_____		_____ uur
5) Verwondingen (de aard der verwondingen en de getroffen lichaamsdelen vermelden)			
6) Waar wordt het slachtoffer verzorgd?			
7) Kan het slachtoffer zich verplaatsen?	☐ Ja ☐ Neen		
8) Waarschijnlijke duur van de behandeling			
9) Waarschijnlijke gevolgen van het ongeval			
• volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid	_____ dagen, van _____ tot _____		
• gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid	_____ dagen, van _____ tot _____	tegen _____ %	
Voorziet u een volledige genezing?	☐ Ja ☐ Neen		
10) Is u van mening dat de vastgestelde verwonding het gevolg kan zijn van het in rubriek A. 4 vermelde ongeval?	☐ Ja ☐ Neen		
11) Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekigheden, kwalen of ziekten)?	☐ Ja ☐ Neen		
Zo ja, welke?			
12) a. Werd er overgegaan tot een heelkundige ingreep?	☐ Ja ☐ Neen		
Zo ja, welke?			
In welke inrichting en door welke chirurg?			
b. Werd er overgegaan tot een radiografisch onderzoek van diagnose en/of controle?	☐ Ja ☐ Neen		
Door welke radioloog?			
c. Wenst u tussenkomst van een specialist?	☐ Ja ☐ Neen		
13) Opmerkingen			

Opgemaakt te

op

Handtekening